



Protocoles IRM

Recommandations HAS 2025 et ESUR 2025



Recommandations HAS 2025/ESUR 2025

Préparation de la patiente :

- Pas de période spécifique au cours du cycle pour la réalisation de l'examen
- Jeûn de 3 à 6 heures **recommandé**
- Utilisation d'un agent anti-péristaltique **recommandé** + prévenir des effets secondaires potentiels et prévoir sucres lents après l'IRM
- Réplétion vésicale moyenne **recommandée**
- Préparation rectale par lavement ou suppositoire **recommandée**
- Opacification rectale ne doit pas remplacer la préparation rectale. Elle reste **optionnelle** si doute diagnostique (risque de masquer lésion sous-jacente)
- Opacification vaginale **optionnelle**
- Contention abdominale **recommandée** (Sangle abdominale et/ou sac de sable)

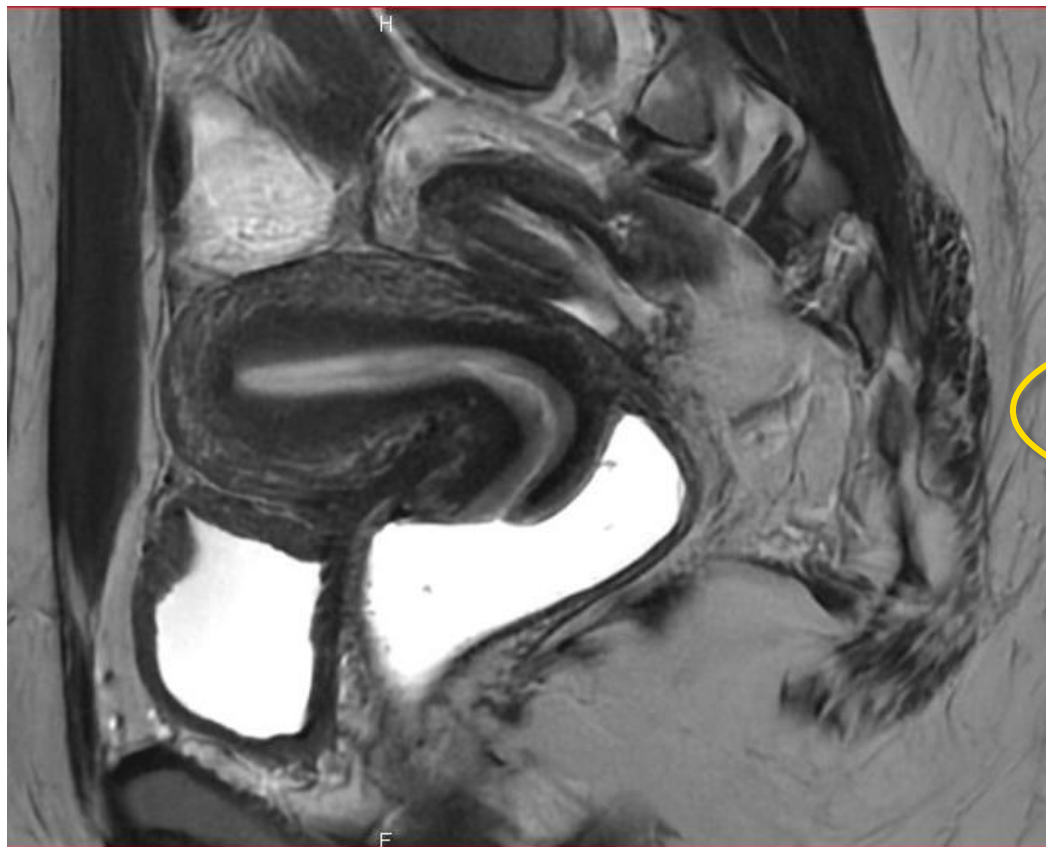


Recommandations HAS 2025/ ESUR 2025

Protocole IRM

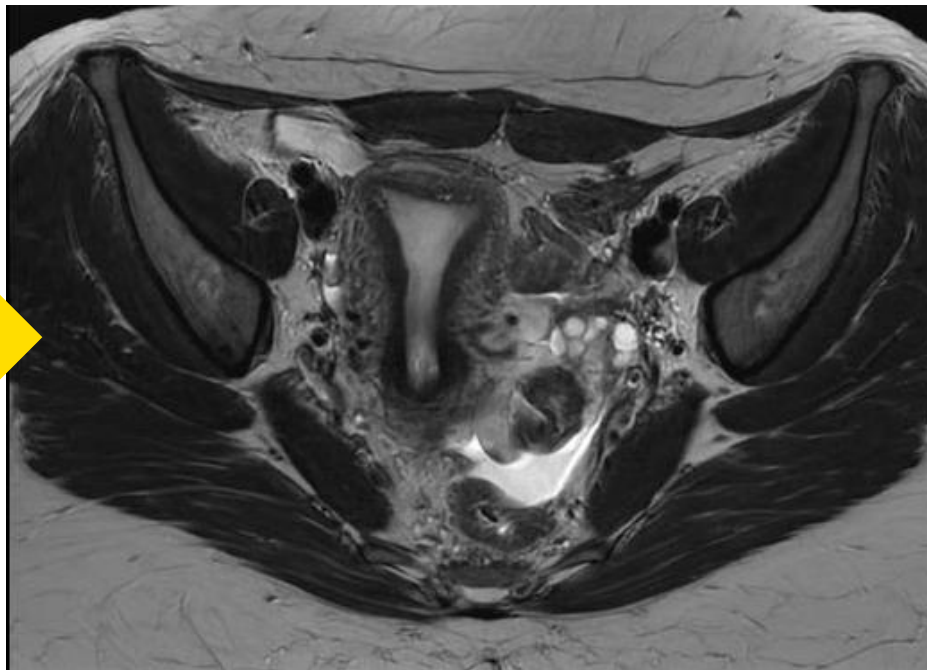
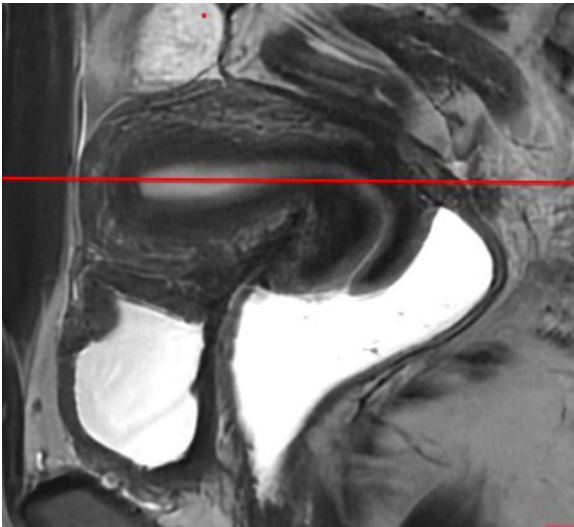
- Pas de recommandation sur la force du champ magnétique à utiliser.
- Séquences minimales :
 - 2D T2 sans fat sat multiplanaires **recommandées**: 2 plans minimum
 - 3D T1 dixon/multicontraste **recommandé**
 - Visualisation des reins **recommandé**
 - Si bilan pré-opératoire: 3DT2 **recommandé**
 - 3DT2 hors bilan pré-opératoire: **optionnel**
 - 2DT2 fin sur LUS **optionnel** et non systématique si 3DT2 de bonne qualité
- En fonction des situations cliniques et IRM :
 - T1 FS sur les coupes diaphragmatiques (en systématique ou si signe clinique évocateur)
 - Si endométriome atypique: DWI et injection de gadolinium
 - Si nodule d'endométriose pariétale: injection de gadolinium
 - Si suspicion d'atteinte nerveuse : injection de gadolinium



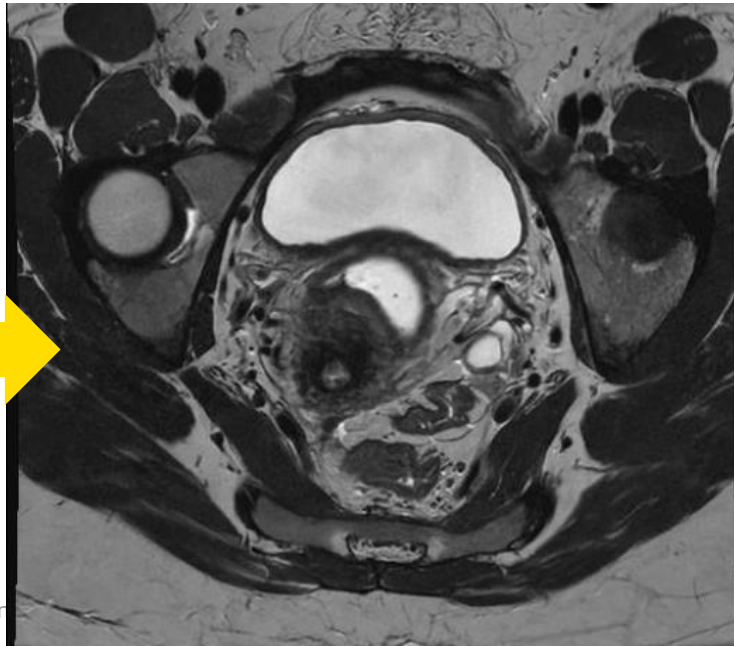
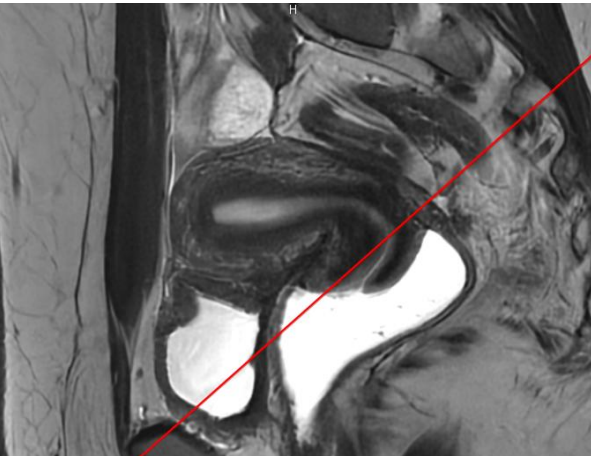


Sagittal T2.
Opacification vaginale optionnelle



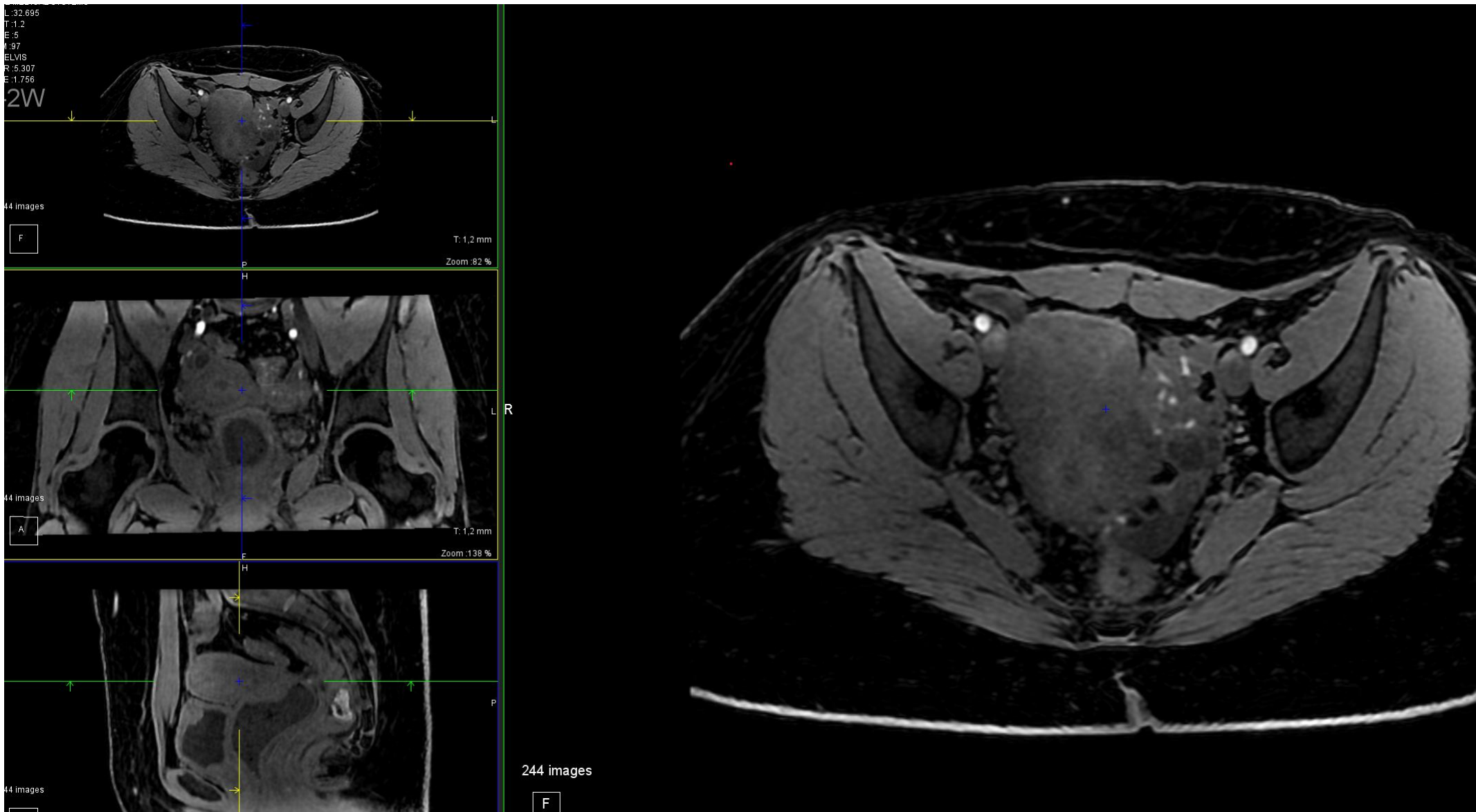


Axial T2 strict



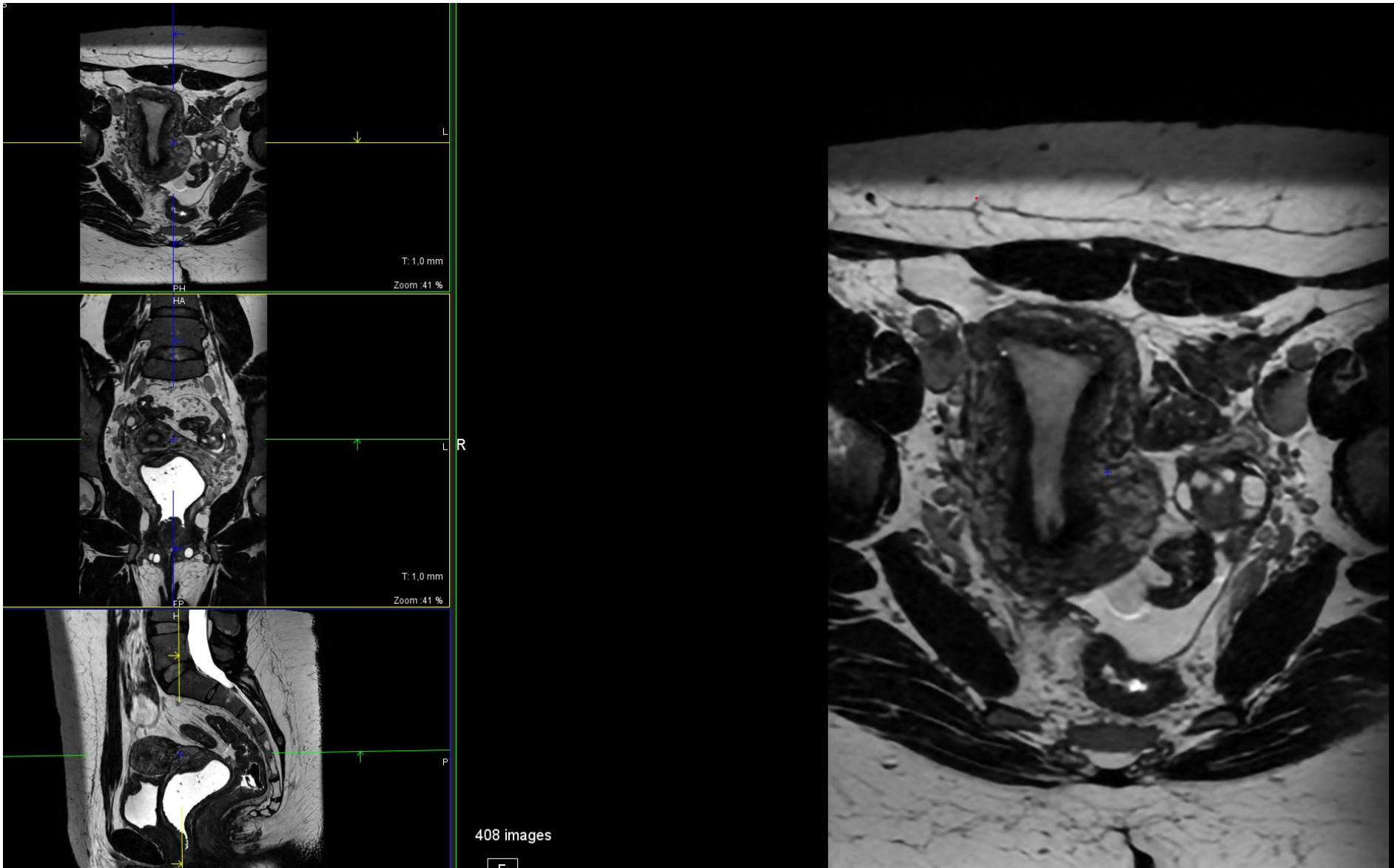
Axial T2 fin dans le plan des LUS





3DT1 Dixon





3D T2





Exemple de séquences pour visualisation des reins :

Coronal T1 FS en apnée avec visualisation des reins et des coupes diaphragmatiques

Coronal T2 rapide sur les reins





Aucune période spécifique du cycle menstruel n'est recommandée pour réaliser l'IRM pelvienne

Préparation de la patiente

- A jeun de 3 à 6h
- Vessie en semi-réplétion
- Préparation rectale (Lavement ou suppositoires) avant l'examen
- Injection IV d'agent antipéristaltiques en SC, IM ou IVD
- Décubitus dorsal
- *Opacification vaginale au gel d'échographie (optionnelle)*
- *Opacification rectale (optionnelle en seconde intention)*
- *Injection optionnelle de sels de gadolinium en cas de doute diagnostique ou masse annexielle indéterminée, atteinte endométriosique de la paroi, ou des nerfs*
- *Antenne pelvienne en réseau phasé*
Contention abdominopelvienne

Séquences :

- Séquences pondérées T2 sans saturation de la graisse : au moins 2 plans 2DT2
 - Séquence sagittale, coupes $\leq 4\text{mm}$
 - Séquence axiale pelvienne (crêtes iliaques-pubis), coupes $\leq 4\text{mm}$
 - Séquence additionnelle 3DT2 recommandée dans le bilan préopératoire et fortement conseillée dans le bilan diagnostique initial / Alternative 2DT2 coupes fines
 - Séquences pondérées T1 :
 - Séquence axiale pondérée 3DT1 Dixon
 - Séquences pondérées 2D ou 3DT1 sans et avec saturation de la graisse en l'absence de séquence 3DT1 Dixon disponible
- Séquence visualisant les reins

Dans certaines situations :

- Séquence de diffusion (endométriome atypique, masse annexielle indéterminée)
- Séquence T1 avec saturation de la graisse après injection de gadolinium en cas d'endométriome atypique, d'endométriose de la paroi abdominale, ou d'atteinte nerveuse
- Séquences en apnée T1 avec suppression de graisse sur les coupes diaphragmatiques en systématique ou sur points d'appel clinique